Mitgliedsantrag für das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ☐ ordentliches ☐ förderndes Mitglied

in das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. Ich bin darüber informiert, dass über den Aufnahmeantrag der Vorstand zeitnah entscheidet.

Ich möchte als Einzelperson Mitglied im Aktionsbündnis werden: ☐

Unsere Institution/Organisation möchte Mitglied im Aktionsbündnis werden: ☐

Als Mitgliedsbeitrag bezahle ich pro Jahr:	☐	als ordentliches Mitglied	75,00 €
	☐	als förderndes Mitglied (mindestens 4-facher Mitgliedsbeitrag)	300,00 €

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Firmenadresse als Kontaktadresse	Privatadresse als Kontaktadresse
..... Firmenname	..... Titel, Vorname, Name
..... Abteilung sowie Ihre Position	..... Straße, Hausnummer
..... Titel, Vorname, Name, Ansprechpartner	..... Land, PLZ, Ort
..... Straße, Hausnummer	
..... Land, PLZ, Ort	

..... Ausbildung, ausgeübte Tätigkeit

..... Telefon Telefax e-mail

……. Datum Unterschrift

Ich bin einverstanden, dass für die Erstellung einer Mitgliederliste (jährlicher Versand) meine Adresse weitergegeben werden darf. ☐ ja ☐ nein

Einzugsermächtigung (nur für Deutschland möglich)

Hiermit ermächtige ich das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. zur Einziehung meines Mitgliedsbeitrages

..... Kontoinhaber (Privatperson oder Institution) bitte unbedingt ausfüllen!

..... Geldinstitut

..... Kontonummer Bankleitzahl

..... Datum Unterschrift

Bitte senden Sie das in Druckbuchstaben ausgefüllte Formular an:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., c/o Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, Stiftsplatz 12, 53111 Bonn

Fax: +49 (228) 738305